

**FORMULARIO DE ADMISIÓN  
PARA PACIENTES**

Nombre \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Número de historia clínica: \_\_\_\_\_  
N.º de cuenta/HAR \_\_\_\_\_  
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre que usa \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo (marque uno) ☐ M ☐ F  
Mes Día Año

**MOTIVO DE LA CONSULTA DE HOY**

☐ Seguimiento Describa o comente \_\_\_\_\_  
☐ Problema nuevo Describa o comente \_\_\_\_\_  
Cuándo empezó el problema \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Peso actual \_\_\_\_\_ Altura actual \_\_\_\_\_  
Libras Onzas Pies Pulgadas

Pediatra (nombre) \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

¿Ve su hijo a un especialista o tiene consultas de seguimiento médicas? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", aclare a continuación:

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Especialización \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_  
Nombre del médico \_\_\_\_\_ Especialización \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", aclare a continuación:

Alergias Reacción y gravedad  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento, vitaminas o suplementos? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", aclare a continuación:

| Medicamentos, vitaminas, suplementos | Dosis | Frecuencia |
|--------------------------------------|-------|------------|
| _____                                | _____ | _____      |
| _____                                | _____ | _____      |
| _____                                | _____ | _____      |
| _____                                | _____ | _____      |

**ANTECEDENTES SOCIALES**

El paciente vive con ☐ La madre ☐ El padre ☐ Otro \_\_\_\_\_

Cuidador principal: ☐ La madre ☐ El padre ☐ Otro \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", escriba las edades \_\_\_\_\_

El paciente viene con ☐ La madre ☐ El padre ☐ Otro \_\_\_\_\_

Cuidados infantiles durante el día: ☐ En el hogar con uno de los padres ☐ En el hogar con un cuidador ☐ Guardería en un hogar ☐ Guardería regular ☐ Escuela ☐ Otro \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL

¿Vive alguien que fuma en la casa? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su hijo alergia al látex? ☐ Sí ☐ No

¿Está su hijo al día con sus inmunizaciones? ☐ Sí ☐ No

¿Qué tipo de mascotas viven en la casa de su hijo? Describa \_\_\_\_\_

Su hijo: ☐ Traga pastillas ☐ Prefiere líquidos

Su casa usa: ☐ Agua de la ciudad

☐ Agua de pozo

¿Estuvo hospitalizado alguna vez el paciente? ☐ Sí ☐ No

Enumere las hospitalizaciones pasadas Dónde \_\_\_\_\_ Cuándo \_\_\_\_\_

Dónde \_\_\_\_\_ Cuándo \_\_\_\_\_

Se le administró anestesia anteriormente ☐ Sí ☐ No ☐ Tuvo complicaciones Si las tuvo, explique: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE NACIMIENTO

Peso al nacer libras \_\_\_\_\_ onzas \_\_\_\_\_ Semanas que el parto se adelantó \_\_\_\_\_ O Semanas de gestación \_\_\_\_\_

Peso en el alta \_\_\_\_\_

#### Problemas con el embarazo

☐ Parto prematuro ☐ Preeclampsia o Eclampsia ☐ Otro \_\_\_\_\_

☐ Diabetes gestacional ☐ Problemas de sangrado

### ANTECEDENTES MÉDICOS

No tiene antecedentes médicos que notificar: ☐

TDAH (ADHD) ☐ Sí ☐ No Retrasos del desarrollo ☐ Sí ☐ No Ictericia (piel y ojos de color amarillento) ☐ Sí ☐ No

Asma ☐ Sí ☐ No Diabetes ☐ Sí ☐ No Neumonía ☐ Sí ☐ No

Trastornos de la sangre ☐ Sí ☐ No Síndrome de Down ☐ Sí ☐ No Convulsiones ☐ Sí ☐ No

Cáncer ☐ Sí ☐ No Soplo o defecto cardíaco ☐ Sí ☐ No Anemia o rasgo de células falciformes ☐ Sí ☐ No

Parálisis cerebral infantil ☐ Sí ☐ No VIH/sida ☐ Sí ☐ No Virus respiratorio sincicial (VRS o RSV) ☐ Sí ☐ No

Fibrosis quística ☐ Sí ☐ No Hidrocefalia ☐ Sí ☐ No Aspiración meconial ☐ Sí ☐ No

Problemas de visión o retinopatía de la prematuridad ☐ Sí ☐ No Infección urinaria o reflujo urinario ☐ Sí ☐ No

Otros antecedentes médicos \_\_\_\_\_

Explique \_\_\_\_\_

### CIRUGÍAS

No tiene cirugías que notificar: ☐

Extirpación de las adenoides ☐ Sí ☐ No Gastrostomía ☐ Sí ☐ No Timpanostomía ☐ Sí ☐ No

Extirpación del apéndice ☐ Sí ☐ No Biopsia de ganglio linfático ☐ Sí ☐ No Derivación ventriculoperitoneal ☐ Sí ☐ No

Comunicación interauricular ☐ Sí ☐ No Amigdalectomía ☐ Sí ☐ No Comunicación interventricular ☐ Sí ☐ No

Colocación de un catéter exploradora ☐ Sí ☐ No Extirpación de un tumor ☐ Sí ☐ No

En los ojos \_\_\_\_\_

# NORTHSIDE NEONATAL SURGERY

A Northside Provider

Otras cirugías

## FORMULARIO DE ADMISIÓN PARA PACIENTES

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

N.º de cuenta/HAR \_\_\_\_\_

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

### NUTRICIÓN

TIPO DE ALIMENTACIÓN

MODO

CANTIDAD FRECUENCIA

### ANTECEDENTES FAMILIARES

No tiene antecedentes familia que notificar: ☐

Explique a continuación si un familiar tiene algo de lo siguiente: problemas con la anestesia o de sangrado, cáncer, discapacidad del desarrollo, trastornos genéticos o anemia de células falciformes.

Parentesco

Trastorno de salud

### REVISIÓN DE APARATOS

Marque los casilleros correspondientes a continuación si su hijo tiene algo de lo siguiente:

### INFORMACIÓN GENERAL

- |                                                |                                          |                                                           |                                                     |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fiebre                | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso | <input type="checkbox"/> Cambios en el nivel de actividad | <input type="checkbox"/> Problemas para alimentarse |
| <input type="checkbox"/> Problemas para dormir | <input type="checkbox"/> Escalofríos     | <input type="checkbox"/> Fatiga                           |                                                     |
| <input type="checkbox"/> Otro _____            |                                          |                                                           |                                                     |

### CABEZA Y CUELLO

- |                                          |                                                |                                             |                                            |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas de visión   | <input type="checkbox"/> Dolor en los oídos | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Goteo nasal     | <input type="checkbox"/> Secreción en los ojos | <input type="checkbox"/> Sangrado nasal     | <input type="checkbox"/> Babeo             |
| <input type="checkbox"/> Otro _____      |                                                |                                             |                                            |

### PROBLEMAS DEL CORAZÓN O LA SANGRE

- |                                                   |                                                                |                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Defecto o soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado                 | <input type="checkbox"/> Inmunodeficiencias       | <input type="checkbox"/> Cambio de color cuando come |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho        | <input type="checkbox"/> Anemia o rasgo de células falciformes | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Desmayos                    |
| <input type="checkbox"/> Otro _____               |                                                                |                                                   |                                                      |

### PROBLEMAS RESPIRATORIOS

- |                                             |                                              |                                   |                              |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma o sibilancias | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística   | <input type="checkbox"/> Difteria | <input type="checkbox"/> Tos |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> Respiración ruidosa |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Otro _____         |                                              |                                   |                              |

### PROBLEMAS DEL APARATO DIGESTIVO

- |                                            |                                                         |                                                    |                                                             |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis         | <input type="checkbox"/> Reflujo gástrico (ERGE o GERD) | <input type="checkbox"/> Estreñimiento             | <input type="checkbox"/> Heces intrabdominales o con sangre |
| <input type="checkbox"/> En los intestinos | <input type="checkbox"/> Diarrea                        | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación | <input type="checkbox"/> En el hígado                       |
| <input type="checkbox"/> Náuseas o vómitos | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal                |                                                    |                                                             |
| <input type="checkbox"/> Otro _____        |                                                         |                                                    |                                                             |

### PROBLEMAS DEL APARATO NERVIOSO

- ☐ Convulsiones, epilepsia o crisis epiléptica    ☐ Síndrome de Down    ☐ Retrasos del desarrollo    ☐ Retraso del habla  
☐ Parálisis cerebral infantil    ☐ Mielomeningocele    ☐ Dificultad de aprendizaje    ☐ Mala coordinación  
☐ Hidrocefalia  
☐ Otro \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

- PROBLEMAS DE LOS RIÑONES O LA VEJIGA**  
☐ Infección urinaria    ☐ Reflujo urinario    ☐ Hinchazón en la ingle    ☐ Dificultad para orinar  
☐ Riñones anormales    ☐ Sangre en la orina    ☐ Hinchazón en el escroto  
☐ Otro \_\_\_\_\_  
 Número de historia clínica: \_\_\_\_\_

- PROBLEMAS ENDÓCRINOS**  
☐ Diabetes    ☐ Intolerancia al frío o al calor    ☐ Problemas de tiroides    ☐ Problemas de crecimiento  
☐ Otro \_\_\_\_\_

- PROBLEMAS DE PIEL**  
☐ Sarpullido    ☐ Eccema    ☐ Secreción o dolor en los pezones    ☐ Heridas  
☐ Urticaria    ☐ Picazón    ☐ Problemas con marcas de nacimiento o lunares    ☐ Moretones frecuentes  
☐ Ubicación \_\_\_\_\_

- PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS**  
☐ Problemas del comportamiento    ☐ Depresión    ☐ Mucha dependencia  
☐ Hiperactividad    ☐ Problemas de sueño    ☐ Irritación  
☐ Nervios o ansiedad    ☐ Problemas de atención    ☐ Niveles de energía bajos  
☐ Otro \_\_\_\_\_

- PROBLEMAS INMUNITARIOS**  
☐ Infecciones recurrentes en la piel    ☐ Deficiencias inmunitarias    ☐ Cáncer    ☐ Quimioterapia  
☐ Otro \_\_\_\_\_